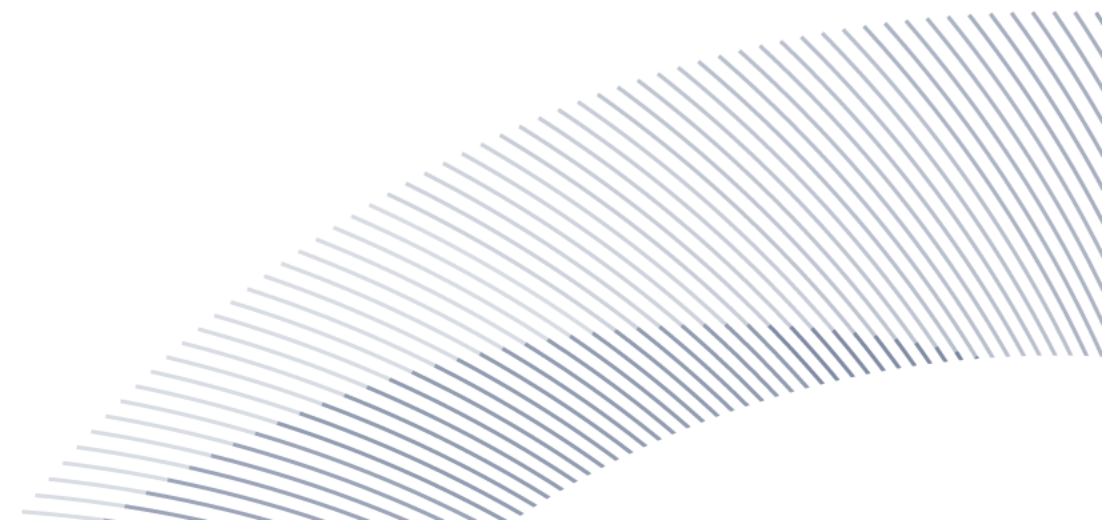


Strukturelle Herausforderungen auf dem Weg zur integrativen Versorgung

Großgruppe 2: Stellschrauben der Versorgungsstruktur – Innovation als Changemaker
AHF Schladming 2026 | 29 Mai 2026

Dr. Florian Bachner



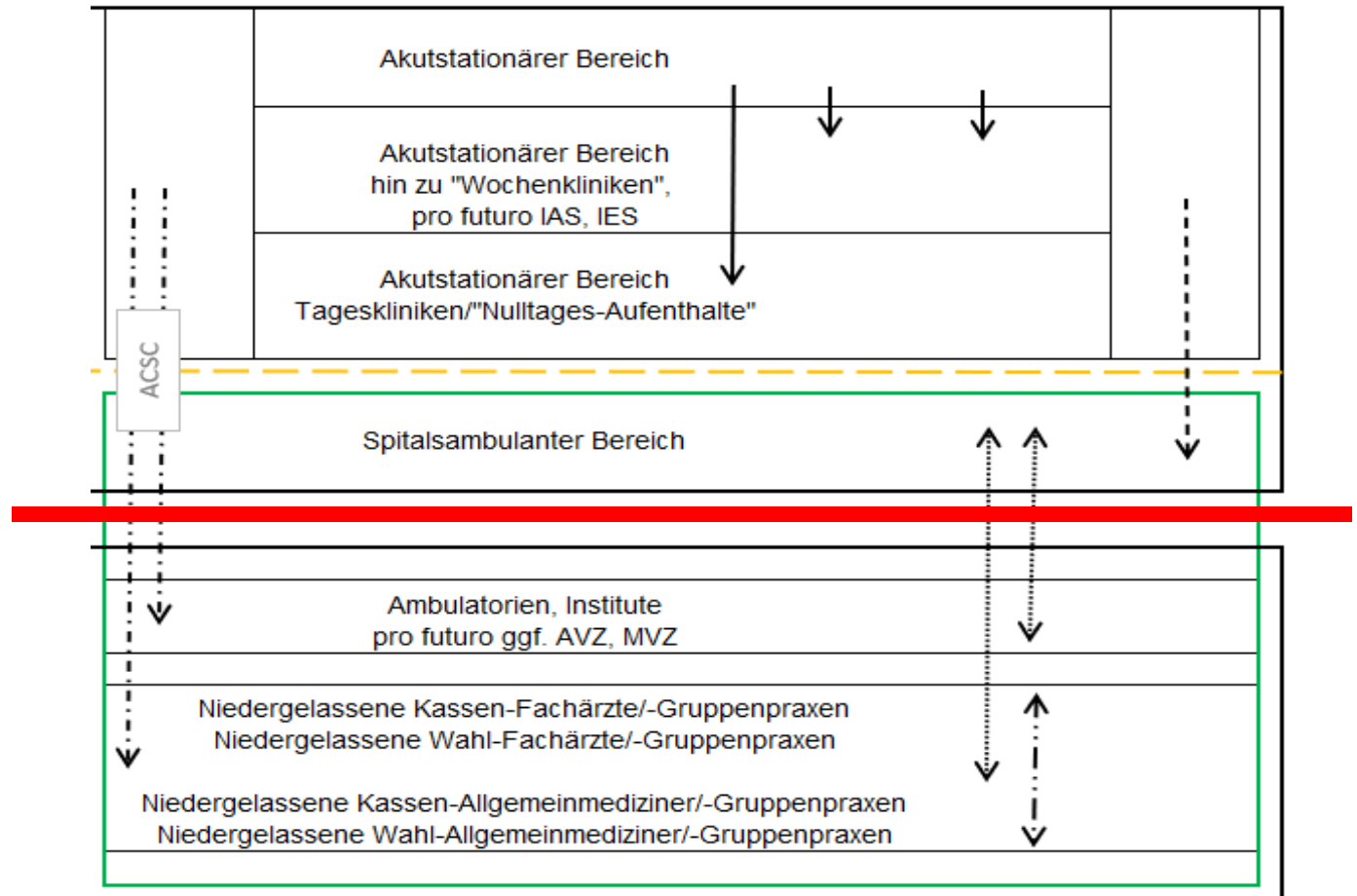
— Offenlegung möglicher Interessenskonflikte

Es bestehen keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit dem Thema dieses Vortrags.

Die Inhalte dieses Vortrags geben ausschließlich die persönliche Meinung des Autors wieder und nicht notwendigerweise die Ansichten der GÖG.

Agenda

- Der Problemaufriss und die drei großen Herausforderungen
 - Problem 1: Kompetenzverteilung
 - Problem 2: Planung
 - Problem 3: Finanzierung
- Chancen und mögliche Lösungswege



Problem 1: Kompetenzverteilung



- geregelt in Art. 10-15 B-VG (Kompetenzartikel)
- 4 Zuständigkeitsverteilungen für Angelegenheiten zw. **Bund und Ländern**
 - Gesetzgebung und Vollziehung in der Zuständigkeit des Bundes
 - Z.B. **Sozialversicherungswesen**, Arzneimittelwesen, Ärzteswesen und Gesundheitswesen (ohne Krankenanstalten)...
 - Gesetzgebung Bundessache, Vollziehung Landessache
 - Z.B. Tierschutz (in Teilen), UVP...
 - Gesetzgebung über Grundsätze Bundessache, die Erlassung von Ausführungsgesetzen und deren Vollziehung Landessache
 - Z.B. **Heil- und Pflegeanstalten und Kurortwesen**, Sozialhilfe, Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge,
 - Gesetzgebung und Vollziehung in Zuständigkeit des Landes
 - Z.B. Rettungswesen, Bestattungswesen...
- Die **Sozialversicherung** ist als Selbstverwaltungskörper organisiert (sonstige Selbstverwaltung gem. Art. 120a ff B-VG)

Problem 1: Kompetenzverteilung

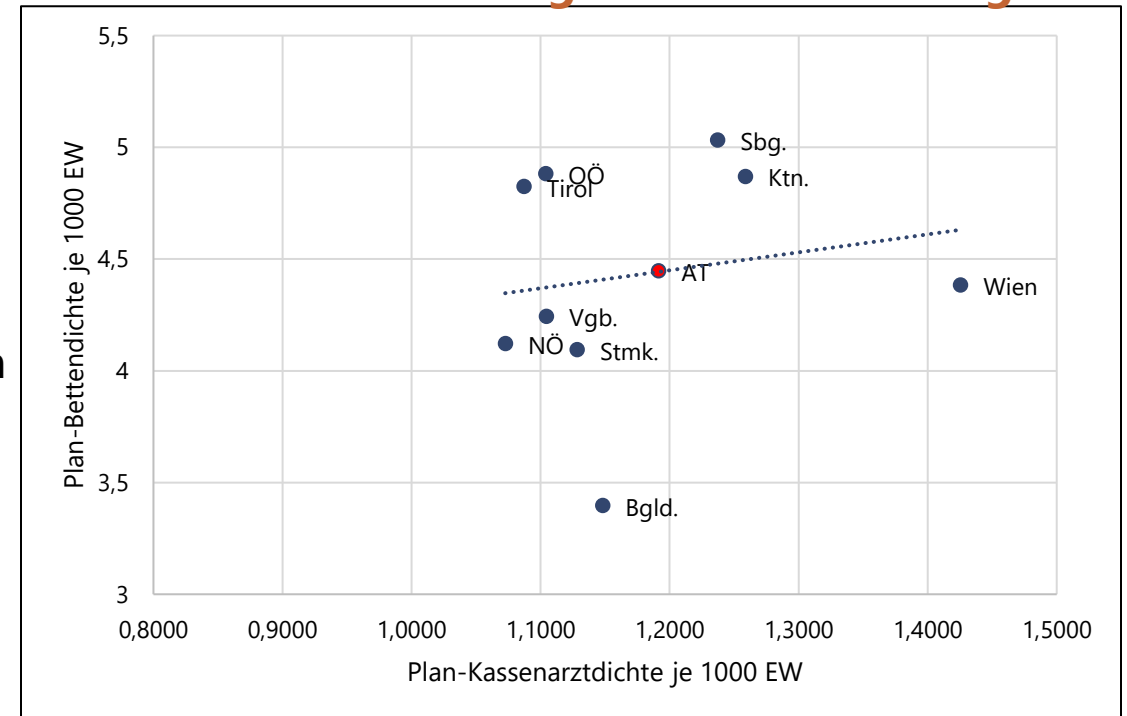
- Die verfassungsmäßige Kompetenzverteilung führt zur **Verneunfachung** des Systems (in der SV zumindest zur Verdreichfachung)
- Neue Ansätze müssen neun Mal „gelöst“ werden
- Im Zentrum steht häufig nicht der „best point of service“, sondern die Sektorengrenze bzw. die Landesgrenze
 - Regulatorisch: Dienstrecht, Nebenbeschäftigung, Gehaltsschemata, Personalschlüssel, getrennter Einkauf...
 - Strukturell: historisch gewachsene zufällige Variation, 1450, inländische Gastpatienten, PVE-Ausbau...
 - Rezente Beispiele:
 - Zulassungsverfahren für selbstständige Ambulatorien (RSG ist bedarfsprüfungersetzend)
 - IVOM



Problem 2: Planung

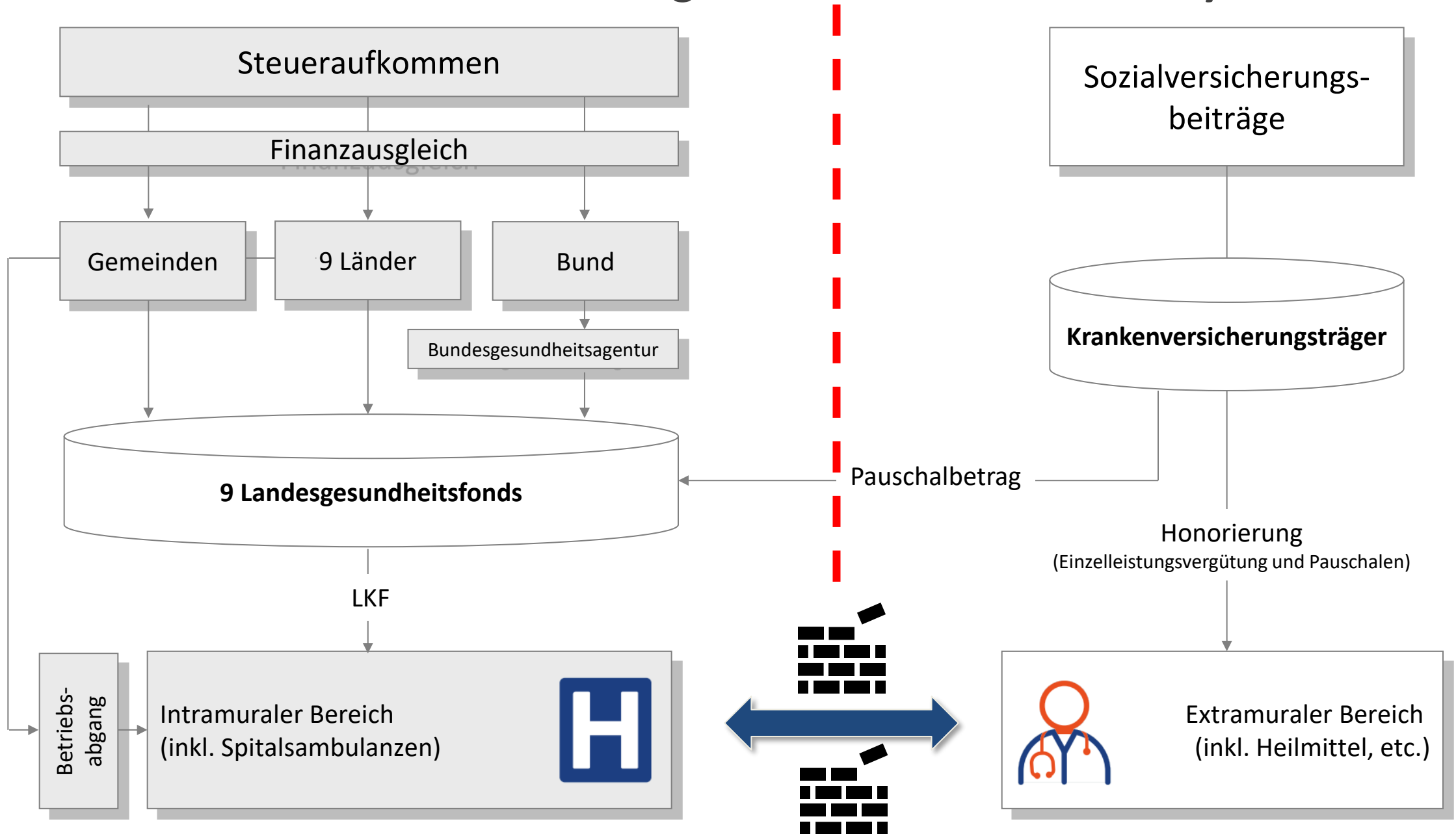
- **Kompetenzverteilung** setzt sich in der Planung bzw. Steuerung fort (ÖSG vs. RSG)
- Die Systempartner möchten zwar **sektorenübergreifend planen** (z.B. **Richtwerte für gesamten ambulanten Bereich**) setzen aber i.d.R. **sektorenspezifisch** um
- Nationale Planungsansätze bleiben allgemein, während verbindliche Ansätze auf regionaler Ebene große Spielräume erlauben
- Hohe **Pfadabhängigkeit des Systems** (an historischen Ist-Ständen orientiert, Standortgarantien)
- Wenig Mechanismen, die innovative, sektorenübergreifende bzw. integrierte **Ansätze fördern**
 - Häufig beschränkt auf regionale Einzelinitiativen
- Führt zu **struktureller Ungleichheit** und unnötigen „hausgemachten“ Problemen wie inländischen Gastpatienten und Fehlsteuerung
- **Planstellen vs. reale Besetzung**

Bedarfsdeckung? RSG 2030 im Vergleich



Betten in FKA und Sachleistungsstellen gem. RSG; Bevölkerungsprognose 2030 Statistik Austria; Bgld.: vorläufige Werte, GÖG-eigene Berechnung; Quelle: RIS

Wesentliche Finanzierungsströme im Gesundheitssystem



— Problem 3: Finanzierung

- Finanzierung orientiert sich nach wie vor an **Sektorgrenzen** und folgt **nicht der Leistung** oder dem **intendierten Strukturwandel**
- Kein idealtypischer Weg in die Regelfinanzierung:
 - Pilotierung (Forschung) – Evaluierung – Integration/Ausrollung?
- Viele **Parallel-Mechanismen**, die primär auf **Verhandlung und Einvernehmen** beruhen anstatt auf systematischer Bewertung von Effektivität und Effizienz
- Zahlreiche historische Versuche Strukturwandel über **eigene Töpfe** herbeizuführen (Reformpool, div. 15a-Mittel Sondermittel, Innovationstopf)
- **Zweckwidmung frischer Mittel und Ausgabenobergrenzen** konnten bislang mangels Sanktionsmaßnahmen kaum Konsolidierungs- und Effizienzdruck erzeugen
- Problem der „**soft budget constraints**“

Chancen und Lösungsansätze

- Positivbeispiele zeigen, dass die **Überwindung der Systemgrenzen grundsätzlich möglich** ist (PVE-Ausbau, Facharztzentrum Gmünd, 1450 bzw. Tele-Center Wien, Dislozierte IVOM-Ambulanzen, EVA...).
- **Systemlogik anstatt Projektlogik:** Die projektweise Überbrückung der Sektorengrenze zeigt den richtigen Weg muss aber letztlich in einer Systemlogik münden.
- **Zielsteuerung 2.0:** gleichberechtigte Partnerschaft bei ~~unverändert~~ gebliebenen **gemeinsamer** Zuständigkeit **und Finanzierung**
- **Fiskalische Äquivalenz und institutionelle Kongruenz** (WIFO 2026)
- Systematischer, evidenzbasierter, bundesweiter, verbindlicher Mechanismus notwendig (Verbesserte Daten und Mut zur Transparenz notwendig)
- Chancen der **Digitalisierung** nützen
- Künftige evidenzbasierte Modelle sollten sich nicht nur an kurativen Patientenwegen orientieren, sondern auch **präventionsorientiert** vorgehen

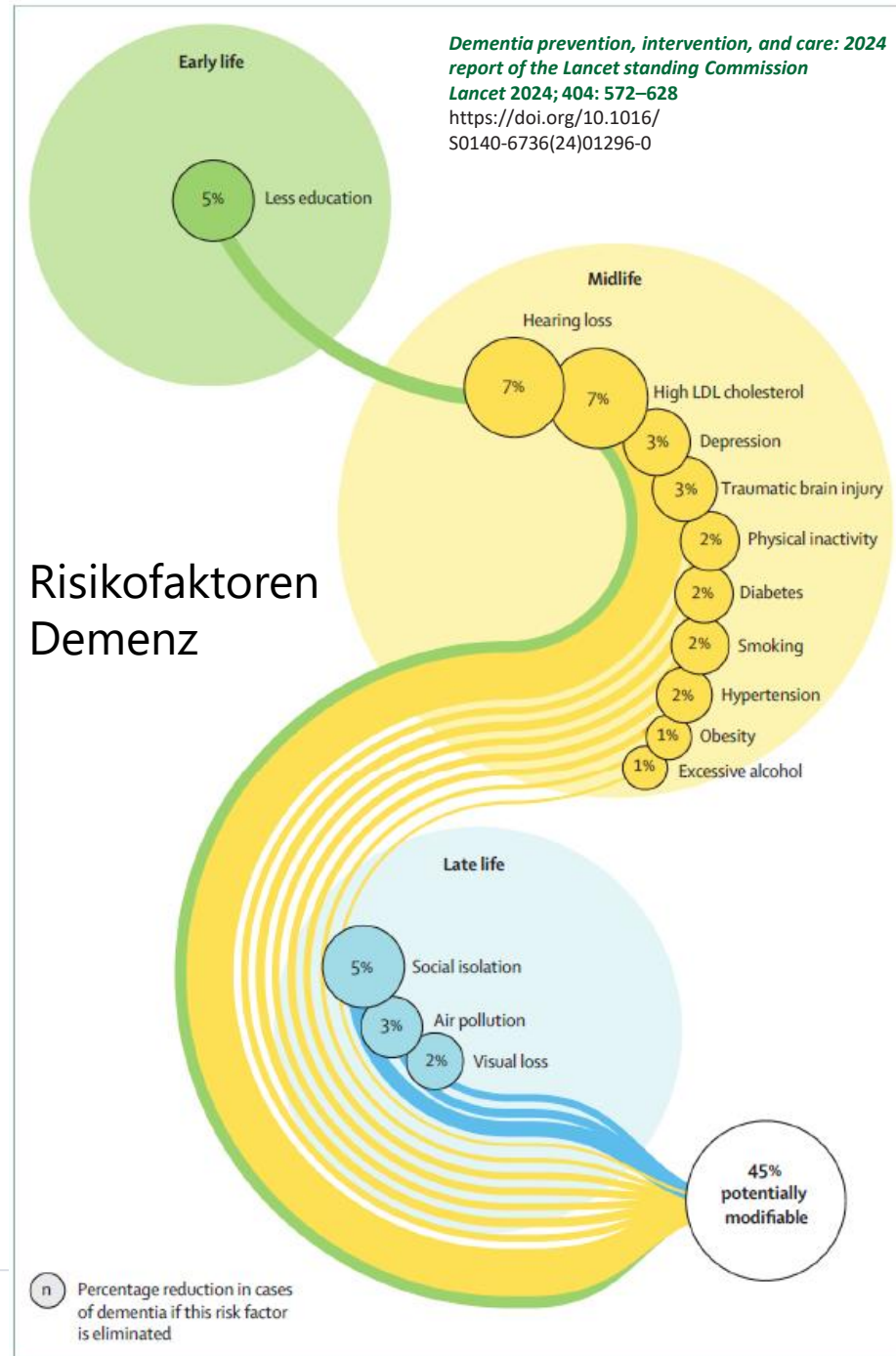


Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia

Kontakt

Dr. Florian Bachner
Abteilungsleiter

Gesundheitsökonomie- und systemanalyse

+43 676 848191-288

florian.bachner@goeg.at

Gesundheit Österreich GmbH
Stubenring 6, 1010 Wien
goeg.at | (optional Projektwebsite)

**Vielen Dank für die
Aufmerksamkeit!**